

Актуальные вопросы

Н.П. Жукова, Ю.И. Киселева

ГУО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск

Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек допубертатного возраста занимают первое место в структуре гинекологической патологии. Клиническое значение названных заболеваний определяется не только их частотой, но и тем, что они могут быть причиной серьезных нарушений половых функций в зрелом возрасте. В работе представлен современный взгляд на классификацию, этиологию и даны рекомендации по обследованию и лечению юных пациенток.

Введение

Во все периоды развития девочки, даже после наступления половой зрелости воспалительные заболевания гениталий являются наиболее частой причиной обращения девочек к гинекологу. Частота воспалительных процессов полового аппарата у детей и подростков возросла вдвое после 1985 года и составляет в настоящее время от 60 – 80% от всех гинекологических заболеваний у этого контингента [1, 6, 7]. При этом большое значение имеют социальные факторы, жизненный уровень семьи, общие гигиенические условия.

В структуре гинекологических заболеваний детского (до пубертата) возраста воспалительные поражения половых органов занимают первое место [2, 3, 8]. Клиническое значение названных заболеваний определяется не только их частотой, но и тем, что они могут быть причиной серьезных нарушений половых функций в зрелом возрасте.

Классификация

Неспецифические воспалительные заболевания, явившиеся результатом воздействия на половые органы физических, химических и инфекционных факторов называются первичными.

К вторичным неспецифическим воспалениям гениталий относят воспалительные процессы, явившиеся следствием экстрагенитальной патологии общего (сахарный диабет, инфекционноаллергические заболевания, гельминтозы, хронический пиелонефрит и др.) или местного (аппендицит, цистит, проктит и др.) характера.

К специфическим воспалительным заболеваниям относятся гонорея, трихомониаз, туберкулез, кандидозы, кондилломатоз и другие.

По локализации воспалительного процесса выделяют вульвит, вульвит, кольпит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингит, оофорит, периметрит, параметрит, пельвиоперитонит.

По продолжительности течения воспалительные заболевания гениталий подразделяют на острые (до 2 недель), подострые (до 2 месяцев) и хронические (более 2 месяцев).

Вульвовагиниты представляют собою наиболее распространенную форму гинекологической патологии среди девочек. Это клинически определенное понятие охватывает

Неспецифические воспалительные заболевания наружных половых органов у девочек допубертатного возраста

изолированные поражения вульвы и влагалища. По отношению к различным гинекологическим заболеваниям детского возраста они составляют 63% [2]. Влагалище, подобно другим полостям человеческого тела, имеющим контакт с окружающей средой, колонизировано различными, в норме безвредными микроорганизмами. Большинство бактерий влагалищной микрофлоры являются условно-патогенными. Инфекционное поражение влагалища, а затем и вульвы начинается при нарушении равновесия между микрофлорой и региональными или системными защитными механизмами.

Вульвит, как таковой, у девочек встречается очень редко и, как правило, связан с вагинитом, т. е. является вторичным. Наиболее часто вульвовагинитом болеют дети в “нейтральном” возрасте и чуть старше (от 1 месяца до 9 лет), что объясняется несовершенством иммунитета и анатомо-физиологическими особенностями половых органов, присущих возрастному периоду [1, 9].

Вульва у девочек покрыта нежной, легко ранимой кожей с многочисленными криптами и очень восприимчива к инфекции. Во влагалище до 8-9 лет много складок, углублений, оно выстлано нежной, тонкой слизистой оболочкой, клетки которой содержат малое количество гликогена. Реакция влагалищного секрета после 1 месяца жизни девочки – амфотерная или щелочная (рН около 7,0), отсутствуют лактобактерии (палочки Дедерлейна), преобладает кокковая флора, местный иммунитет влагалища слабый. В препубертатный период под влиянием эстрогенов изменяется микрофлора влагалища, она из кокковой переходит в бациллярную (появляются палочки Дедерлейна), образуется молочная кислота, благодаря чему устанавливается кислая реакция влагалищного секрета. В пубертатном возрасте частота воспалительных заболеваний вульвы значительно снижается.

Этиология весьма разнообразна, по данным Hammerschlag и соавторов (1978) у девочек в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, страдающих неспецифическими вульвовагинитами, выявляется более 41 вида бактерий, наиболее часто встречаются следующие: *Staphylococcus epidermidis* (84%), *Diphtheroid bacilli* (80%), *Bacteroides* (76%), *Peptococcus* (76%), *Peptostreptococcus* (56%).

Факторы, способствующие развитию неспецифического воспаления гениталий:

- механические – мастурбация, грубые швы нижнего белья, инородные тела, травмы половых органов, нарушение гигиены;
- термические – горячие ванны, спринцевания, ожоги гениталий;
- химические – подмывание неприемлемыми в практике или концентрированными растворами.
- эндогенные причины – иммунодефициты, диабет, сахарный диабет, энтеробиоз, анемия, заболевания

почек и мочевого пузыря, алиментарная дистрофия или ожирение, наличие хронических очагов инфекции и др.

Клиника

Клиническое течение неспецифических вульвовагинитов редко бывает острым, как правило, если оно спровоцировано тяжелым первичным повреждающим фактором (ожоги, травмы наружных половых органов). Чаще воспаления вульвы у детей протекают в виде подострого или хронического процесса.

Жалобы – жжение, зуд, боль в области наружных половых органов, частое и болезненное мочеиспускание. Поведение девочек становится беспокойным, нарушается сон, хотя общее состояние детей страдает незначительно.

В острых случаях при объективном осмотре наружных половых органов обращают внимание на гиперемию больших и малых половых губ, преддверия влагалища их отек. Иногда, при запущенных случаях воспаления отмечают гиперкератоз и пигментацию внутренней поверхности бедер, промежности, периаанального пространства.

Особое место в клинической картине воспалительных заболеваний гениталий имеют бели.

Основные признаки патологической секреции динамическая гиперсекреция, изменение консистенции и цве-

та (желтые от примеси гноя или красноватые от примеси крови), изменение степени чистоты влагалища до III и IV с понижением кислотности и повышением количества лейкоцитов.

Бели могут вызывать сильное раздражение наружных половых органов, их мацерацию, имеют часто неприятный запах (ихорозный) и соответственно являются причиной перечисленных выше жалоб.

Изучение истории жизни играет большую роль в выявлении провоцирующих факторов развития заболевания. Необходимо начать сбор анамнеза с перенесенных воспалительных заболеваний матери во время беременности. Выясняют характер перенесенных девочкой заболеваний и наличие хронических очагов инфекции. Особое внимание обращают на воспалительные заболевания мочевыводящей системы, сахарный диабет, глистные инвазии, хронический тонзиллит, кариес, анемию, заболевания сердца. Необходимо выяснить, когда и как началась болезнь, обратить внимание на характер белей, наличие зуда, расстройства мочеиспускания и дефекации, поведение девочки. Важно определить материальный достаток семьи, условия быта, питание, гигиенические погрешности, условия в детском коллективе.

Таблица 1

Частота выделения урогенитальных микоплазм у обследованных пациенток

Исследование	Результаты
Вагиноскопия	Определение степени поражения влагалища и шейки матки
Влагалищная pH-метрия	Бактериальный вагиноз, при других заболеваниях имеет относительное значение
Аминотест	Бактериальный вагиноз
Микроскопия нативного мазка	Наличие трихомонад, грибковой флоры, энтеробиоз, ключевые клетки, лейкоцитоз
Мазок, окрашенный по Граму	Диагностика гонореи, трихомониаза, кандидоза, лейкоцитоз, степень функциональной активности лейкоцитов
Анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз	Подтверждение глистной инвазии
Посев на флору и чувствительность к антибиотикам	Неспецифический бактериальный вульвовагинит
Определение возбудителя методом полимеразной цепной реакции	Подтверждение специфической природы возбудителя

В таблице 1 представлена программа обследования девочек при воспалительных заболеваниях вульвы и влагалища.

Объективное исследование

После подробного выяснения жалоб, истории жизни и заболевания ребенка приступают к осмотру. Оценивают степень физического развития, наличие вторичных половых признаков (если таковые появились) и их соответствие возрасту, конституцию, поведение, состояние кожи и слизистых оболочек, лимфатической системы и других органов.

При осмотре наружных половых органов обращают внимание на наличие гиперемии, отека и патологических выделений или налета в области наружных половых органов, и преддверия влагалища. Для осмотра преддверия, задней стенки влагалища и девственной плевы используют прием, описанный М.Г.Сердюковым: большим и указательным пальцами обеих рук захватывают кусочками ваты большие половые губы у их основания и натягивают их

кпереди, книзу и несколько в стороны. Затем осматривают область наружного отверстия уретры, периаанальное пространство и внутреннюю поверхность бедер.

С целью изучения состояния внутренних половых органов применяют ректоабдоминальное исследование (до 7-летнего возраста мизинцем). При необходимости осматривают влагалище при помощи вагиноскопа или детских зеркал. Вагиноскопия производится при рецидивирующих вульвовагинитах, при подозрении на наличие опухоли или инородного тела во влагалище. При невозможности выполнить вагиноскопию очень осторожно производят исследование влагалища зондом.

После осмотра половых органов производят взятие материала для бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого влагалища (при необходимости мочеиспускательного канала и прямой кишки), одновременно необходимо выяснить чувствительность микрофлоры к антибиотикам. При подозрении на герпетическую или микоплазменную инфекцию исследуют соскоб слизистой

из влагища или мазокотпечаток с места поражения методом иммунофлюоресценции. Дополнительные методы исследования: общий анализ крови, мочи, кала на яйца глист и исследование с помощью липкой ленты или соскоба с перианальной области для выявления яиц остриц, определение сахара в моче и крови, мазки на онкоцитологию. При необходимости больную следует консультировать у педиатра, эндокринолога, невропатолога, психиатра, отоларинголога и других специалистов.

Лечение вульвовагинитов у детей должно быть индивидуальным (шаблоны неприемлемы), патогенетическим, комплексным.

На первом месте в лечении вульвовагинитов стоит удаление причины заболевания, если ее удалось установить (лечение глистных инвазий, коррекция сахара, соблюдение гигиены, устранение аллергических агентов, удаление инородных тел и т.д.).

Строгое соблюдение правил личной гигиены, ежедневная смена нижнего белья, трусики у девочки должны быть свободными из мягкой хлопчатобумажной ткани без грубых внутренних швов. Режим дня и полноценное питание с учетом ростовесового коэффициента, исключить острые пищевые добавки.

Санация хронических очагов инфекции и лечение сопутствующей экстрагенитальной патологии.

При длительной сенсibilизации организма, детям, с отягощенным аллергоанамнезом, инфекционно-аллергическими заболеваниями, назначают десенсибилизирующую терапию следующими препаратами: глюконат кальция, хлорид кальция, тавегил, диазолин, фенкарол, димедрол, пипольфен, супрастин. Лечение проводят совместно с аллергологом. Немаловажное значение имеет гипоаллергенная диета с ведением дневника питания, исключение из рациона продуктов содержащих облигатные аллергены (рыба; яйца; шоколад; конфеты и напитки, содержащие пищевые красители; цитрусовые, мед) и гистаминолиберины (жареные, копченые и острые продукты, мясные и рыбные бульоны, плавленые сыры, бобовые, томаты, орехи). Согласно данным литературы и собственных исследований хороший эффект дает применение гомеопатической терапии [4, 6, 7].

В общем лечении неспецифических вульвовагинитов, с целью активации процессов клеточного метаболизма, пролиферации и репаративных процессов в тканях необходимо применение витаминов С, А, Е, Р, В1, В6, В12 с соблюдением возрастных дозировок или комплексов витаминов типа Витус, Теравит, Юникапс и других. На данном этапе лечения необходимо применение иммуномодуляторов, таких как эхинацея, циклоферон, виферон.

Местное лечение

Сидячие ванночки по 15 мин в течение 5-7 дней с применением отваров ромашки, шалфея, чистотела, или подмывания растворами фурацилина (1:10 000), риванола (1:5 000), 3% раствором пищевой соды.

Промывание влагища при помощи тонкого резинового катетера можно проводить растворами хлорида натрия

(2%), перекиси водорода (3%), диоксида (1%), лизоцима (3%), а также вышеуказанными растворами не более 3 раз.

При наличии отека, гиперемии, расчесов, изъязвлений в области вульвы для повышения местного иммунитета и активности пролиферации эпителия назначают обработку наружных половых органов мазями прополиса, коланхоэ, маслом облепихи или шиповника в течение 7 – 10 дней.

Из преформированных физических факторов местной терапии вульвовагинитов широко используется коротковолновое ультрафиолетовое облучение, низкочастотный ультразвук, низкоинтенсивное лазерное излучение.

При отсутствии эффекта используются влагищные палочки или мази: синтомициновая эмульсия, левомиколь, левасин, тетрациклиновая мазь, крем «Далацин», крем или свечи НеоПенотран, разделенные на 4-6 частей и многие другие. Палочки и мазевые компоненты вводятся во влагище на ночь после предварительной обработки наружных половых органов вышеуказанными способами.

При вульвовагините, обусловленном анаэробными бактериями, по данным ряда авторов [6, 8], эффективно применение орнидазола и метронидазола. При смешанной флоре показано местное использование комбинации нифуратела и нистатина (Макмирор комплекс 500), выпускаемого в виде крема и суппозитория. Стафилококковые вульвовагиниты хорошо поддаются терапии нитрофуранами (фуразолидон).

Антибактериальные мази, эмульсии, суппозитории применяются после определения чувствительности флоры к антибиотикам.

Общая антибактериальная терапия назначается в тех редких случаях, когда вульвовагинит представляет собой проявление распространенного инфекционного процесса или вызван патогенной флорой типа гемолитического стрептококка и должна проводиться с учетом чувствительности микрофлоры и с профилактикой кандидоза. Дозы антибактериальных препаратов, необходимых для общего лечения вульвовагинитов, необходимо подбирать индивидуально с учетом возраста ребенка, лучше в расчете на площадь поверхности тела [5].

Для формирования нормальной микрофлоры влагища и устранения дисбиотических процессов во влагище и кишечнике назначают интравагинально бифидум- или лактобактерин, ацилак в течение 10-14 дней, а внутрь «Энтеросгель», бифидумбактерин, линекс, бактисубтил в течение 1-2 месяцев.

При рецидивирующих, хронических вульвовагинитах возможно местное применение синтетических эстрогенов в виде присыпок, мазей, влагищных палочек (сигетин, овестин) в течение 7-10 дней или же использование 1% гидрокортизоновой мази в течение 3 дней при тяжелых атопических поражениях вульвы и влагища. Применение данных препаратов особенно показано девочкам, у которых в результате тяжелых вульвовагинитов развивается слипчивый процесс в области малых половых губ или преддверия влагища.

Литература

1. Богоров, И.И. Гинекология детского возраста/ И.И.Богоров.- Л., Медгиз, 1960.-267 с.
2. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей/Ю.А.Гуркин. – СПб.: ИКФ Фолиант, 2000. – 574 с.

3. Кобозева, Н.В. Гинекология детей и подростков/ Н.В.Кобозева, М.Н.Кузнецова, Ю.А.Гуркин. - Л., "Медицина", 1981.- 280 с.
4. Линде В.А. Гомеопатия в акушерстве и гинекологии. - СПб., Изд. "Гомеопатия и фитотерапия" . - 1997.- 328 с.

5. Нельсон, Дж.Д. Антимикробная терапия в педиатрии. 1996-1997: Справочник /Пер. с англ. А.А.Шура; Под ред. Ю.Н.Деркача. – Витебск, Белмедкніга, 1997.-128 с.
6. Руководство по гинекологии детей и подростков/Под ред. В.И.Кулакова, Е.А.Богдановой. – М.:Триада-Х, 2005. – 336 с.
7. Яценко, Т.А. Детская гинекология/ Т.А.Яценко, О.В.Филатова. – М.: ИКЦ «МарТ», 2005. – 160 с.
8. Amsel, R Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations/ R Amsel [et al.]// *Am. J. Med.*, 1983. – Vol. 74, №14. – P. 367-372.
9. *Pediatric and adolescent gynecology*/ Ed. Joseph S. Sanfilippo. W.B. Saaunders Company Philadelphia, 1994.- 707 pp.